

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

662

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eustace MORIN

Né le 29 avril 1906, à Québec (Canada)

A PROPOS DE TROIS CAS ANORMAUX

DE

LITHIASÉ VÉSICULAIRE

CHEZ DES SUJETS JEUNES

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

222

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eustace MORIN

Né le 29 avril 1906, à Québec (Canada)

A PROPOS DE TROIS CAS ANORMAUX

DE

LITHIASSE VÉSICULAIRE

CHEZ DES SUJETS JEUNES

Président : M. N. FIESSINGER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNéo.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*J'offre ce modeste travail en témoignage
de mon profond amour filial et de ma
reconnaissance pour tous leurs sacrifices.*

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS
DE TOULOUSE ET DE PARIS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR NOEL FIESSINGER

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée
Médecin de l'Hôpital de la Charité

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre thèse Qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de notre profonde
reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR MAURICE CHIRAY

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin de l'Hôpital Bichat

*Qu'il nous soit permis de lui exprimer
ici nos remerciements et notre respectueuse
reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a
fait en nous confiant l'exécution de ce tra-
vail et pour les sages conseils qu'il n'a
cessé de nous prodiguer.*

*Qu'il reçoive également nos profonds
remerciements pour l'accueil qu'il nous
réserve dans son service depuis si long-
temps.*

A M. LE DOCTEUR A. LOMON

Electro-radiologiste des Hôpitaux

*Dont l'aide nous a été si précieuse dans
la composition de ce travail.*

A M. LE DOCTEUR G. ALBOT

A PROPOS DE TROIS CAS ANORMAUX
DE LITHIASÉ VÉSICULAIRE
CHEZ DES SUJETS JEUNES

Introduction.

La lithiasé biliaire, à côté des grands syndromes typiques qui la font bien reconnaître, se révèle chez beaucoup de sujets par des troubles très variés, qui, de prime abord, n'ont aucune relation apparente avec l'affection calculeuse.

Ces troubles très variés, le plus souvent frustes, sont si bien faits pour tromper, que très fréquemment le diagnostic erre, longtemps incertain, et n'est fait que grâce à une radiographie de hasard.

Parfois même, c'est à force d'entendre le « patient », devant l'inefficacité des traitements successifs, demander une cholécystographie que le médecin cède, et que le diagnostic est finalement fixé.

D'ailleurs, ces aspects atypiques des accidents de la lithiasé n'avaient pas échappé aux anciens cliniciens, qui nous ont appris, en particulier, l'existence des formes gastralgiques des coliques hépatiques chez les vieux lithiasiques.

C'est à juste titre que certains auteurs ont insisté sur la fréquence des troubles gastriques d'origine

lithiasique. « En présence d'un état gastrique, quel qu'il soit, il faut penser à la vésicule ; on n'y pense jamais assez » (Loeper, J. Forestier). Aujourd'hui la dyspepsie biliaire ne fait plus doute.

Depuis, F. Ramond, Parturier, Enriquez ont ajouté encore au tableau symptomatique de la lithiasie.

Aujourd'hui, en raison des aspects cliniques, si divers et inattendus, la lithiasie est encore cause d'erreurs de diagnostic qui peuvent paraître grossières.

Ces aspects « anarchiques » de la lithiasie sont à ce point fréquents, que l'on peut affirmer qu'elles se rencontrent plus souvent encore que les formes classiques. En présence de troubles digestifs, gastriques ou intestinaux, même nettement caractérisés, voire même de certains troubles cardiaques, il faut suspecter la vésicule et, systématiquement, rechercher les petits signes de lithiasie qui font soupçonner l'existence d'un calcul biliaire, d'une cholécystite chronique ou simplement, ce que Paillard a appelé « une vésicule irritable » qui, dans la grande majorité des cas, est la traduction clinique d'une lithiasie fruste.

Or, l'importance de ce diagnostic n'échappe à personne, tant au point de vue du pronostic que du traitement ; en effet, la lithiasie peut simuler étrangement un cancer gastrique (on voit le pronostic fatal que ce diagnostic entraîne) ; à l'opposé, c'est une lithiasie véritable, camouflée sous les dehors de troubles cardiaques : l'erreur de diagnostic n'est pas ici moins grave, car le traitement, s'il ne s'adresse à la vraie cause, n'aura jamais raison des troubles.

Aussi voit-on des malades souffrant depuis des années de troubles digestifs, parfois graves, qui ne guérissent que lorsqu'on applique un traitement de lithiasé.

Qu'on n'aille pas croire que ce sont là des exceptions.

En janvier 1933, R. Gilbert, de Genève, dans le *Journal d'Electrologie et de Radiologie*, raconte sous la rubrique « A propos d'une lithiasé longtemps méconnue », le cas d'une femme de 38 ans, chez laquelle le diagnostic de lithiasé fut fait plus de dix ans après le début de ses troubles, et cela après qu'elle eut subi une appendicéctomie, puis une nouvelle intervention pour adhérences, plusieurs examens et finalement une néphropexie, toutes mesures aussi inefficaces les unes que les autres. Et c'est en dernier lieu une cholécystographie qui précisa toute sa maladie.

Ce cas particulier nous semble illustrer très objectivement cette faculté de simulation de la lithiasé et des erreurs de diagnostic regrettables auxquelles elle peut donner lieu.

*
* *
*

Dans ce travail, nous ne ferons pas de revue d'ensemble des formes atypiques de la lithiasé biliaire.

Nous voulons seulement rapporter 3 cas de lithiasé vésiculaire, où le diagnostic fut difficile à faire, d'une part, en raison des symptômes n'ayant aucun rapport connu avec la lithiasé, et, d'autre part, du

fait de l'absence complète de signes vésiculaires, avec comme seul caractère digestif positif, quelques petits troubles gastriques.

A la suite de ces faits, nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas une relation de cause à effet entre la lithiase vésiculaire et ces signes nerveux constatés. Nous ne prétendons pas, ni ne voulons proposer une nouvelle forme atypique de la lithiase biliaire chez les sujets jeunes, nous sentons bien l'inanité d'une pareille idée ; en effet, nous ne possédons que 3 cas chez lesquels le lien entre les troubles nerveux et la lithiase, confirmée par des cholécystographies, n'est pas du tout démontré ; bien plus, comme on le verra, le critère du traitement n'était nullement convainquant, puisque les troubles nerveux ne s'amendèrent pas de suite et durèrent même assez longtemps.

Malgré tout, certaines coïncidences nous ont un peu frappé et nous ont conduit à publier ces cas.

Ce sont :

1^o L'existence de la lithiase vésiculaire chez des sujets jeunes, puisque tous nos malades sont des « moins de 30 ans » ;

2^o Le silence vésiculaire à peu près complet ;

3^o La notion qu'ils n'ont jamais présenté de crises de coliques hépatiques.

A l'opposé, des troubles variés d'ordre endocrino-végétatif réalisant un complexe insolite dans la lithiase vésiculaire.

Observations.

OBSERVATION I

Malade Bl...

Cholécystite calculeuse à très gros calculs.

Insuffisance pluriglandulaire et déséquilibre vago-sympathique.

Troubles humoraux d'insuffisance hépatique.

Cholécystectomie.

Régression lente des phénomènes extra-hépatiques.

La malade, âgée de 29 ans, mère de trois enfants bien portants, était venue consulter le Dr Chiray en février 1928, avec le diagnostic de cholécystite calculeuse. Il nous paraît intéressant de préciser d'abord dans quelles circonstances fut porté ce diagnostic et les conclusions qui en découlent spontanément quant à l'orientation systématique des recherches, devant un tableau clinique semblable à celui qui va suivre.

En effet, cette malade ne se présentait nullement comme une lithiasique ; il s'en fallait du tout au tout.

Depuis plus de six ans, elle offrait un tableau très complexe, formé de phénomènes de dysfonctionnement endo-

crinien et de déséquilibre vago-sympathique, avec, accessoirement, des signes de dyspepsie.

Elle voit plusieurs médecins, qui, frappés surtout par les phénomènes nerveux qui dominent toute son histoire, voient dans ses troubles gastriques une conséquence plus ou moins des premiers, — car en plus de l'absence de caractère d'organicité gastrique, ils ne constatent aucune atteinte, ni colique, ni appendiculaire, ni génitale, qui pourrait expliquer cette dyspepsie ; de plus, sa ténacité même, très faiblement influencée par les traitements, avait fini par faire définir positivement ses troubles. — Elle fut étiquetée « dyspeptique nerveuse essentielle ».

Et ainsi par stades successifs, elle finit par entrer dans une maison de santé pour nerveux, en Suisse. Là, à la faveur d'examens de laboratoire et d'examens radiographiques systématiques, on découvrit une cholécystite calculeuse et elle fut alors dirigée sur Paris.

Chez cette malade traitée depuis de longues années pour troubles de déséquilibre vago-sympathique et d'insuffisance pluri-glandulaire, une cholécystographie systématique avait fait découvrir une lithiase vésiculaire.

L'examen du Dr Chiray ne révèle aucun signe local d'atteinte vésiculaire ; par contre, un syndrome de dysfonctionnement neuro-végétatif occupait tout le tableau clinique.

En effet, l'examen révèle une hypotonie musculaire généralisée, mais cependant plus marquée au dos. La région lombaire est très douloureuse à la pression et à toute mobilisation, de telle sorte que la malade est incapable soit de se baisser, soit de se redresser sans souffrir

beaucoup, la malade, d'ailleurs, se présente légèrement courbée.

La palpation montre une infiltration des muscles lombaires. Une radiographie faite quelques semaines plus tôt en Suisse avait montré une anomalie qui ne semble cependant pas pouvoir expliquer les douleurs.

Le bras droit, l'avant-bras et la main présentent une atteinte de cellulite déterminant des douleurs à type sympathique, avec sensation de froid, de la gêne motrice et une légère infiltration, à type œdème tropho-névrosique.

En outre, la malade se plaint d'une très grande lassitude, avec fatigabilité extrême. Au cours de ses grossesses, la malade raconte qu'elle engraisait d'une trentaine de kilos.

On fait pratiquer les examens de laboratoire par M. Laudat, qui donnent les résultats suivants :

Cholestérinémie.....	2 gr. 25
Glycémie.....	1 gr. 40

Examen de sang :

Globules rouges.....	4.500.000
Globules blancs	7.900
Rapport.....	$\frac{\text{Gl. blancs}}{\text{Gl. rouges}} = \frac{1}{569}$
Valeur globulaire à 0,77.	

Formule leucocytaire :

Poly-éosinophiles.....	3 %
Poly-neutrophiles.....	65 %
Basophiles (mastzellen).....	0,5 %
Grands mononucléaires.....	5 %
Moyens mononucléaires.....	27 %
Lymphocytes	27 %

La réaction de Bordet-Wassermann, avec sérum inactivé et sérum frais, a donné un résultat négatif.

Une radiographie a été faite alors par M. Lomon, dont voici le compte rendu :

Radiographie de la région sous-hépatique quinze heures après ingestion de 4 gr. de tétraïode.

Les radiographies montrent une ombre analogue à celle constatée sur les radiographies faites précédemment en Suisse.

Cette ombre est située sous le foie. Elle se divise en deux parties : l'une inférieure, circulaire, limitée par un bord opaque, tandis que la plage centrale est très transparente, avec une ébauche de stratification et qui a l'aspect d'une image de volumineux calcul biliaire. La partie supérieure, allongée, est plus homogène et paraît être due, soit à la bile opacifiée contenue dans la vésicule, au-dessus du calcul, soit à un deuxième calcul.

La radiographie de profil n'a pas montré d'ombre anormale au niveau de la loge rénale. L'ombre constatée sur les radiographies de face se projette sur un plan plus ventral et se confond avec l'ombre du côlon.

Le diagnostic de cholécystite calculeuse avec un ou deux très volumineux calculs, paraît certain.

En résumé, nous sommes en présence d'une malade présentant :

1° *Un syndrome d'insuffisance pluri-glandulaire et de déséquilibre vago-sympathique :*

Hypotension artérielle : 11-6/2.

Fatigabilité.

Hypotonie musculaire.

Obésité formidable pendant ses grossesses.

2^o Troubles humoraux de déséquilibre et d'insuffisance hépatique :

Hypercholestérolémie.

Hyperglycémie.

3^o Troubles d'excitation sympathique dans le domaine du bras droit : liés sans doute à une lésion de l'arc postérieur de la sixième cervicale, ayant probablement débuté lors d'un torticollis aigu, très douloureux, survenu il y a deux ans.

La constatation lors d'un nouvel examen clinique d'un point douloureux vésiculaire net, la cholécystographie, qui montrait la présence de deux calculs, permettaient donc de poser le diagnostic de cholécystite calculueuse.

L'inefficacité d'un traitement médical prolongé posait l'indication opératoire. L'intervention fut pratiquée par le Dr Lardennois, le 6 mars 1928.

Laparotomie médiane à cause de l'estomac.

Cholécystectomie.

Très grosse vésicule avec deux gros calculs.

Gros placards d'adhérences péripyloriques.

Les suites opératoires furent normales.

Le 3 avril 1928, près d'un mois après l'opération, la malade revient consulter pour des phénomènes douloureux dans le bras droit.

L'examen révèle un point d'Erb douloureux. Devant ce

tableau clinique, on pouvait penser à la possibilité d'une cause locale d'irritation sympathique. Une radiographie de la colonne cervicale est faite qui montre un « aspect flou et mal limité des bords articulaires droits des troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales, plus nettement marqué au niveau de l'articulation droite des cinquième et sixième vertèbres cervicales. »

Aspect de tassement du corps de la sixième vertèbre cervicale, dont la lame postérieure semble présenter une solution de continuité du côté droit.

En résumé, la radiographie ne montre pas de lésion certaine du squelette, pouvant expliquer une cause d'irritation sympathique dans une région où d'ailleurs, des petites déformations de contour sont extrêmement fréquentes.

Le 18 octobre 1928, donc sept mois et demi après l'intervention, la malade revient se faire examiner. Elle n'accuse aucun phénomène douloureux de son carrefour hépatique.

Elle a repris 4 kgr.

Les troubles du bras droit ont disparu.

Selles peu abondantes.

Tension artérielle : 10-6.

Cholestérinémie : 1 gr. 78, donc une diminution nette, puisqu'elle se chiffrait à 2 gr. 25 au moment de sa cholecystectomie. Dans l'ensemble grosse amélioration fonctionnelle.

Le 15 mars 1929, nouvel examen.

Cette fois, cependant, la malade accuse une reprise, atténuée il est vrai, des phénomènes douloureux de son membre supérieur droit.

Après une longue période assise, elle ressent des douleurs au niveau des reins.

On apprend que depuis l'enfance, elle a présenté de l'uraturie, qui expliquerait peut-être ses douleurs rénales.

D'autre part, récemment, à l'occasion d'un excès alimentaire (dîner de traiteur), elle eut douze vomissements avec fièvre. Sa tension artérielle est de 10-6 1/2 (elle était donc voisine de celle observée quatre mois plus tôt : 11-7).

Le 8 mai 1929, un an après l'intervention, on apprend qu'elle garde de temps en temps des douleurs dans le bras droit.

Parfois, elle souffre de crises de lumbago avec violentes douleurs au niveau de son articulation sacro-iliaque, irradiant jusque dans les cuisses.

Tension artérielle : 11-7 1/2.

On fait un essai d'air chaud et d'infra-rouges sur les régions douloureuses.

Le 27 juin 1929, l'état général est bon, mais les crises de lumbago persistent, liées à une arthrite sacro-iliaque gauche.

Petite poussée d'eczéma.

Hypercholestérinémie : 2 gr. 35, sensiblement augmentée.

Nouvel essai d'infra-rouges et de diathermie.

Le 5 décembre 1929, en raison de la forte cholestérinémie, au dernier examen, on fait faire un nouveau dosage qui montre une teneur redevenue normale : 1 gr. 85.

Le 4 février 1930, le carrefour hépato-duodéal est toujours silencieux.

Son intestin fonctionne très bien.

Elle a un gros appétit.

Cependant, un peu d'embarras gastrique.

Elle a repris 4 kgr.

Malgré tout, elle souffre de rhumatisme lombaire.

Le dernier examen se situe au 3 décembre 1930, deux ans et huit mois après la cholécystectomie.

La malade est presque totalement remise.

Ses reins ne l'incommodent plus.

Les fonctions digestives sont normales.

Cependant, elle présente encore des poussées de névrite du plexus brachial.

Les examens de laboratoire montrent :

Une cholestérinémie de 2 gr. 10.

Une glycémie à 1 gr. 28.

Urée sanguine : 0 gr. 40.

Présence de corps cétoniques dans les urines.

Densité urinaire : 1029.

Légère oligurie.

La malade supporte mal les diners et ne prend souvent qu'un repas par jour.

Depuis quelque temps, elle présente un peu de somnolence post-prandiale.

Elle est envoyée au Dr Quiserne, de Bagnoles-de-l'Orne, qui prescrit un traitement opothérapique, en attendant une cure hydrominérale.

La malade n'a pas été revue depuis.

En résumé, nous voyons une malade présentant un tableau clinique complexe, fait de signes d'insuffi-

sance pluri-glandulaire et de déséquilibre vago-sympathique. Ce n'est que tardivement, six années après le début de ses troubles, et quelques jours avant son opération, que fut découvert un point douloureux vésiculaire.

Dans son histoire, aucune souvenance de crises de coliques hépatiques.

Et ce n'est qu'à l'occasion d'une enquête radiographique complète que fut mise en évidence une vésicule calculeuse.

On fit pratiquer une cholécystectomie. Les suites opératoires furent normales, mais ce n'est que près de trois ans après l'intervention que les troubles endocriniens disparurent complètement.

OBSERVATION II

Cholécystite calculeuse à gros calculs.

Signes locaux réduits au minimum.

Syndrome de dysfonctionnement endocrinien.

Cholécystectomie.

Evolution post-opératoire troublée.

M. C..., âgé de 23 ans, qui vient consulter M. Chiray pour la première fois, le 17 janvier 1927, est grand et très bien découplé, et donnerait l'impression d'une santé robuste, n'était sa pâleur, avec un fond de teint de subictère.

Il indique que cette coloration jaunâtre du visage est apparue pour la première fois il y a trois ans, d'abord

fugace et à intervalles éloignés, puis devenue subintrante, existe depuis quelque temps à l'état chronique.

L'interrogatoire met en évidence une nervosité extrême, que le malade reconnaît d'ailleurs, et y voit la cause de ses sursauts d'humeur fréquents et autrement inexplicables.

En outre, il est en proie à des phobies (crainte de mauvaises affaires, etc.) motivées d'ailleurs ici par aucune réalité, avec une nette propension à la neurasthénie.

Il est venu parce qu'en plus de ses troubles psychiques, il se plaint depuis longtemps d'une sensation de gêne dans l'hypocondre droit avec, dernièrement, un point douloureux épigastrique persistant et marqué le matin et avant les repas ; calmé par les aliments, il réapparaît bientôt après.

Il n'a pas de nausées.

Il est constipé habituellement.

Par ailleurs, il n'a jamais souffert d'une crise abdominale aiguë.

A l'examen, on note une légère infiltration des mains.

A la palpation, on ne réveille aucune douleur vésiculaire.

Cependant le foie est augmenté de volume, lisse, mobile et légèrement douloureux à la pression.

Le cæcum est clapotant et gros.

Plusieurs examens sont pratiqués. Le 19 janvier 1927, un *tubage duodénal* ramène une bile « B », un peu plus foncée que normalement, mais très abondante. Les biles A et C sont normales.

La recherche de la cholestérine biliaire, dosée en

grammes par litre, n'en montre que des traces dans la bile A et 2 gr. 10 dans la bile « B ».

Les acides biliaires sont trouvés dans la proportion de :

Bile A.....	2 gr. 75
Bile B.....	7 gr. 50
Bile C.....	2 gr. 50

De plus, au cours du tubage, on recueille plusieurs tubes de liquide clair et muqueux fortement acide, liquide d'hypersécrétion, à jeun, environ 100 cmc.

Examen des selles :

Selles moulées.

Couleur brunâtre.

Cellulose assez abondante.

Dans la recherche de la flore microbienne se colorant en rouge, on ne note que 6/10, alors que normalement la proportion est de 8/10.

Il n'a pas été constaté de sable intestinal.

Examen des urines :

Rien de particulier, sauf des traces d'urobiline.

Une radiographie du tractus digestif est faite par M. Lomon, dont voici le compte rendu :

Transit intestinal :

Un premier examen a lieu sept heures après ingestion de 200 gr. de gélobarine.

L'aspect dans le décubitus est celui de la radiographie : Distension gazeuse de l'estomac et du bulbe. Baryte répartie dans tout le trajet colique du cæcum à l'ampoule.

Le cæcum et le côlon droit sont longs et larges et déjà en voie d'évacuation. Les matières sont mêlées à une assez

grande quantité de gaz, la baryte paraît occuper un nombre de poches d'apparence diverticulaire. Le côlon droit a, de ce fait, un peu l'aspect d'une grappe.

Il n'y a pas de ptose du côlon droit, dont la mobilité est normale.

Il n'existe aucune espèce de sensibilité au palper du cæcum et du côlon droit. La zone sensible est au niveau et au-dessus de l'angle colique droit : la douleur paraît déjà d'origine vésiculaire ou hépatique.

Le transverse a un aspect normal, sauf dans la partie qui précède l'angle colique gauche. Celle-ci, ainsi que le côlon descendant et le sigmoïde, sont étroits et dessinés par un semis régulier de petites parcelles de baryte. L'aspect n'est pas celui d'un spasme mais celui d'une contraction physiologique qui vient de vider ce segment de l'intestin dans l'ampoule.

Enfin l'ampoule contient déjà une quantité importante de baryte.

Un second examen a lieu, à la trentième heure de l'ingestion. Il n'y a pas eu d'évacuation de baryte.

Le cæcum et le côlon droit sont entièrement vides.

Le transverse contient une quantité modérée de baryte, le côlon gauche est vide ; la presque totalité de la baryte ingérée est dans l'ampoule.

CONCLUSIONS :

Pas de stase cæco-colique droite, malgré l'aspect particulier et le volume de ce segment intestinal.

Aucune douleur à la pression au niveau de la région appendiculaire.

Transit se faisant dans les délais normaux.

Le 23 juillet 1927, le malade revient consulter pour les mêmes phénomènes.

Cette fois, on fait faire une *cholécystographie* qui donne l'aspect suivant :

Grosse vésicule, piriforme, opacifiée, mais contenant au moins cinq calculs de la dimension d'une cerise.

Il est à remarquer qu'au cours d'un examen par transit intestinal pratiqué en janvier dernier, on avait indiqué que la douleur paraissait d'origine vésiculaire.

Un examen de sang pratiqué le 26 juillet 1927 donne :

Cholestérine par litre de plasma...	1 gr. 25
Bilirubine.....	0 gr. 066
Soit concentration en bilirubine de.	1
	15.000

Examen de sang :

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles...	64,5 %
Lymphocytes.....	28 %
Grands mononucléaires.....	7,5 %
Polynucléaires éosinophiles...	0
Polynucléaires basophiles....	0
Autres variétés.....	0

7.900 leucocytes par millimètre cube.

En résumé, il s'agissait donc d'un malade présentant :

*une cholécystite calculieuse, révélée par la radiographie ;
des signes locaux réduits au minimum ; une vésicule
ayant paru perméable.*

L'importance des signes fonctionnels para-hépatiques et leur persistance malgré tous les traitements médicaux poussent à envisager l'opération, qui est décidée et faite le 23 octobre 1927.

Grosse vésicule très saillante, pleine de calculs, débordant largement le bord du foie.

Large adhérences.

Gros ligament cystico-duodéno-colique.

Adhérences duodénales intimes très délicates à cliver, qui expliquent les signes gastriques.

Pancréas un peu sclérosé et dur.

Adénopathies multiples, très dures, formant grenaille le long du cholédoque.

Cholécystectomie rétrograde.

Calcul engagé dans le cholédoque.

Le 23 février 1928, quatre mois après l'intervention, le malade dit avoir de temps en temps, au réveil, quelques difficultés de digestion gastrique, avec une sensibilité du foie, qui disparaissent d'ailleurs après le petit déjeuner.

Il se plaint également de quelques points douloureux, très fugitifs, quand il marche trop tôt après avoir mangé (petits spasmes du pylore).

Malgré une légère constipation, son intestin fonctionne beaucoup mieux qu'avant.

Il persiste un léger subictère.

Au palper : le foie est un peu gros (11 cm. 1/2) et douloureux.

Les légers troubles semblent devoir être attribués à des spasmes du sphincter d'Oddi ou du pylore.

Le 11 mai 1928, nouvel examen.

L'état est stationnaire, le malade se sent un peu fatigué.

La constipation persiste, légère cependant.

Le foie est toujours de 11 cm. 1/2 et sensible.

A Vichy, à l'occasion d'un séjour, un examen est fait
le 20 juin 1928.

« Sans être arrivé à une régularité intestinale absolue,
il y a cependant amélioration de ce côté.

Ce qui persiste surtout c'est, en plus du subictère, une
douleur locale, au niveau de la vésicule enlevée, et une
gêne, voire même une douleur, au niveau de l'omoplate
droite, phénomène d'ailleurs fréquent chez les cholécys-
tectomisés.

On peut parler chez lui d'amélioration, mais pas encore
de guérison ».

Le 21 août 1928 :

Le subictère a disparu.

De temps à autre, le malade a des douleurs coliques,
quand son intestin fonctionne mal.

En somme, actuellement, il n'y a plus surtout qu'une
participation intestinale.

Le 28 janvier 1929 :

Il garde un mauvais fonctionnement intestinal avec
constipation qu'il règle par de l'huile de paraffine et de
la poudre de réglisse.

Il supporte mal l'agocholine.

Son régime est fait de beaucoup de farineux et peu de
viande.

Le 14 mai 1929 :

Après quelques séances de diathermie, de R. U.-V., on

constate une amélioration des douleurs et de l'état général, il est moins fatigué.

Il est parfois réveillé la nuit avec une « sensation de glou-glou » sous le foie. Ce phénomène se présente quelquefois aussi le matin et surtout le soir, s'il est demeuré assis toute la journée.

Il a un peu engraisé.

Il est encore un peu gêné par sa constipation, qu'il combat avec des graines de *Psyllium* et des suppositoires.

Il a réduit spontanément son alimentation.

L'examen montre un cæco-côlon clapotant, surtout le matin à jeun.

Actuellement :

Le foie est de dimension normale et indolore.

Il existe une gastratonie de vagotonique et un spasme sigmoïdien.

Le 22 juillet 1929 :

La diathermie et les R. U.-V. l'ont beaucoup amélioré.

Son intestin va beaucoup mieux depuis qu'il use moins de farineux.

Il ne règle plus son intestin qu'avec des graines de *Psyllium*.

Il va faire un séjour de quinze jours en montagne et de quinze jours à la mer.

On note la persistance d'un peu de clapotage cæco-colique.

Le 29 décembre 1929 :

L'intestin fonctionne presque normalement maintenant.

Le malade éprouve, de temps à autre, des battements épigastriques et une sensation de gêne.

Il a observé l'existence d'un subictère léger quelque-fois accompagné de selles un peu claires.

Le poids a augmenté de 4 kgr.

L'appétit est bon.

L'examen montre un foie normal et indolore.

Le duodénum n'est pas douloureux à la palpation.

Il y a une légère sensibilité de la cicatrice de cholécystectomie.

Le 27 novembre 1930 :

Il existe toujours une gêne de la région opérée, surtout dans l'après-midi, après les repas et dans la position assise, prolongée.

De temps en temps, subictère.

L'abdomen est un peu ballonné, avec des selles irrégulières.

Le poids est stationnaire, après être redevenu égal à celui d'avant sa maladie.

Il persiste une légère nervosité.

Le malade n'a pas été revu depuis.

En résumé, il s'agit d'un malade présentant un tableau complexe de déséquilibre vago-sympathique, de troubles dyspeptiques, sans signes vésiculaires nets.

Dans l'histoire de ce malade, il n'existait aucun épisode rappelant une crise douloureuse vésiculaire. Le diagnostic de cholécystite calculeuse ne fut fait que grâce à la cholécystographie.

On pratique une cholécystectomie.

A la suite de son opération, on observe une amélioration avec cependant persistance des troubles digestifs et intestinaux.

OBSERVATION III

Lithiase vésiculaire à plusieurs calculs.

Troubles neuro-végétatifs.

Vagotonisme gastro-intestinal.

Métabolisme basal — 10 %.

M. D..., âgé de 28 ans, vient consulter parce que depuis un an ses digestions sont pénibles, avec sensation de pesanteur; somnolence post-prandiale durant trois à quatre heures. D'autre part, le malade accuse des crampes douloureuses survenant trois à quatre heures après le repas du midi, l'immobilisant et durant dix minutes environ, sans vomissement et strictement localisées à l'épigastre. Ces douleurs se répètent à intervalles réguliers pendant une à trois semaines environ. Les aliments n'ont aucune influence déterminée sur l'apparition des crises douloureuses.

Conservation de l'appétit.

Poids stationnaire.

Diarrhée post-prandiale.

Le malade n'a jamais eu de crises de coliques hépatiques.

Il n'a jamais eu d'ictère.

Il présente comme signes nerveux :

*un état émotif,
des palpitations fréquentes,
une tachycardie émotive,
du tremblement facile,
l'essoufflement à l'effort,
Un syndrome vago-sympathicotonique ; avec anesthésie
cornéenne, aréflexie pharyngée, hypo-esthésie à la
piqûre, triangle pileux sus-pubien.*

L'examen du malade ne révèle pas de point douloureux duodénal ; il existe un point douloureux vésiculaire difficile à mettre en évidence et peu net, un cæcum légèrement sensible ; le foie est de dimension normale, la rate non palpable. Examen oculaire : le réflexe photo-moteur est conservé.

L'accommodation à la distance se fait normalement.

Les réflexes tendineux sont normaux.

La tension artérielle est de 11-7.

On pratique un tubage duodénal.

A une première séance, pas de réponse vésiculaire, malgré deux épreuves de Meltzer-Lyon et une d'huile chaude.

A une deuxième séance, on pratique une épreuve à l'Ictérosane.

On obtient pour les trois quarts d'heure de l'épreuve quelques centimètres cubes dans chaque tube, d'une bile très foncée, manifestement d'origine vésiculaire.

La recherche du métabolisme basal faite dans le service du Dr Desmarest révèle le chiffre — 10,3 %.

Averti par les deux cas précédents, on demande un

examen radiologique qui ramène le diagnostic de cholécystite lithiasique, avec vésicule exclue et montre un cholécyste allongé, accolé presque à l'ombre de la colonne vertébrale et bourré de plusieurs calculs à facettes, de volume différent.

On soumet le malade à un traitement de lithiasie vésiculaire. Dès le début de cette thérapeutique, les crampes ont disparu, les pesanteurs se sont atténuées. Les tubages duodénaux ont soulagé énormément le malade.

En résumé, ce malade présentait les signes de vagotonisme gastro-intestinal réalisant une sensation de pesanteur et de somnolence post-prandiale, avec des crampes douloureuses sans vomissement, et strictement localisées à l'épigastre.

Il n'existait aucun antécédent de crise douloureuse vésiculaire.

Comme pour les deux cas précédents, le diagnostic de lithiasie vésiculaire fut fait par la cholécystographie demandée à dessein, étant donné le souvenir des deux cas précités.

Le traitement médical a donné ici de bons résultats. Nous rappelons cependant que le malade ne présentait ces troubles que depuis une année seulement.

Etude clinique.

De l'ensemble de ces trois observations se dégagent quelques traits qui, en raison de leur caractère insolite, et de l'importance qu'ils occupent, nous ont paru mériter qu'on s'y arrête.

Le bilan clinique de ces trois malades n'est-il pas la négation même du tableau symptomatique habituel de la lithiase?

En effet, ces malades étaient tous trois atteints de lithiase vésiculaire indiscutable, démontrée par l'aspect des cholécystographies, et par la présence de calculs dans la vésicule enlevée, et cependant aucun d'entre eux n'avait présenté les grands signes cliniques caractéristiques de l'affection, à peine avaient-ils accusé quelques petits « rappels digestifs » qui, malgré toute l'importance qu'on voulait bien leur donner, n'orientaient pas le diagnostic.

Au contraire, nous trouvons au premier plan et dominant toute leur histoire, des phénomènes d'ordre neuro-végétativo-psychiques qui, justement, du fait de l'ignorance où nous sommes quant à leur relation avec la lithiase biliaire, n'ont pu orienter le diagnostic de ce côté.

Nous allons, pour plus de précision et de clarté, grouper dans leurs cadres respectifs chaque symptôme neuro-végétatif présenté par nos malades.

Et prenons d'abord les signes d'*insuffisance pluri-glandulaire*, nous trouvons :

- 1^o une hypotonie musculaire généralisée,
- 2^o une tension artérielle abaissée,
- 3^o une fatigabilité extrême,
- 4^o une obésité gravidique considérable, suivie d'amaigrissement rapide.

C'est l'histoire clinique de Mme B... de notre première observation.

Dans la deuxième observation (M. C...), toujours dans le cadre d'insuffisance pluri-glandulaire, c'est la note thyroïdienne qui domine sous la forme :

- 1^o d'une légère infiltration des mains,
- 2^o d'une pâleur habituelle.

Le syndrome sympathico-tonique est également net, mais sans sa note gastrique et donne :

- 1^o de la tachycardie,
- 2^o des palpitations,
- 3^o un état émotif,
- 4^o le tremblement facile,
- 5^o une irritabilité du caractère.

C'est le cas à la fois de l'observation II (M. C...) et de l'observation III (M. D...).

Nous trouvons, d'autre part, dans l'observation III

(M. D...) le même syndrome sous une forme localisée avec des troubles d'excitation sympathique dans le domaine du bras droit, non explicables par la lésion de la sixième vertèbre cervicale.

Quant au syndrome vagotonique, il se retrouve dans l'observation III (M. D...) mais aussi sans sa participation digestive, c'est :

- 1^o une anesthésie cornéenne,
- 2^o une aréflexie pharyngée,
- 3^o le triangle pileux sus-pubien.

Cependant, nous devons dire, et c'est là la constatation la plus courante, que ces deux syndromes se présentent rarement à l'état pur, et le tableau clinique est généralement le résultat d'une participation des deux syndromes à la fois, réalisant la « neurotonie » de Guillaume (qui correspond à ce que Daniełopolu a appelé la « constitution amphotonique »).

De plus, chez tous ces malades, leurs troubles endocrino-végétatifs sont accompagnés d'un psychisme spécial révélé par :

- des phobies,
- une tendance à la neurasthénie,
- de l'anxiété.

Et ces phénomènes sont intriqués à tel point que si le dysfonctionnement endocrino-végétatif est évident, il n'est pas facile de préciser nettement la part des signes qui reviennent à chacun.

Examinons maintenant le syndrome digestif, en

reprenant un à un les principaux signes du tableau clinique habituel de la lithiase vésiculaire.

Voyons d'abord le signe de la douleur vésiculaire ; seule Mme B... (1^{re} observation) le présente, mais très tardivement, six années après le début de ses troubles et quand l'intervention est déjà décidée.

M. C... (obs. II) n'accuse qu'un point douloureux épigastrique. Jamais de point vésiculaire.

Quant à M. D... (obs. III) il n'a jamais présenté de point vésiculaire spontané, et ce n'est que très difficilement, à la palpation, qu'on peut mettre en évidence une légère sensibilité au point vésiculaire.

Aucun d'entre eux ne présenta des nausées.

Jamais ils n'eurent de vomissements. Leurs troubles digestifs sont vagues et nullement pathognomoniques. Aucun dégoût électif pour les aliments.

Ce qui frappe surtout, c'est l'absence complète de crise vésiculaire dans l'histoire de ces trois malades.

Sans doute, nous n'irons pas jusqu'à dire que nos malades n'eurent aucun signe de lithiase, mais les caractères vagues de ces signes, étouffés, si l'on peut dire, par le syndrome endocrino-végétatif, les firent passer quasi inaperçus ; de plus, l'absence de signes actifs locaux de lithiase vésiculaire n'était pas pour faciliter le diagnostic.

Chez certains de nos malades, il existait quelques signes biologiques qui auraient pu orienter vers le diagnostic de lithiase.

C'est d'abord l'existence d'une hypercholestérimie (2 gr. 25) chez un de nos malades, mais

cependant, dans un autre cas, la cholestérinémie était normale (obs. III).

Le tubage duodénal qui n'a été pratiqué que dans un cas n'a apporté aucun appoint au diagnostic.

Mais c'est la cholécystographie qui, dans nos trois observations, a permis de faire le diagnostic. Celles-ci ont été pratiquées d'après la technique suivante :

Le malade doit prendre, quinze heures avant la radiographie, 4 gr. de tétraiode, qui doivent être donnés sous forme liquide.

Il est important de prévenir le patient des conditions dans lesquelles doit être faite cette absorption. Le tétraiode est pris à la fin du repas du soir ; ce repas ne doit pas comporter d'aliments cholécystokinétiques, de façon à ne pas provoquer des contractions de la vésicule pendant la présence de l'agent contraste dans le cholécyste.

Au contraire, on peut demander au patient de prendre au repas précédent un jaune d'œuf dans un verre de lait, de façon à provoquer l'évacuation aussi complète que possible de la vésicule.

Le malade doit être formellement averti qu'il doit s'abstenir de tout aliment jusqu'au moment de la prise de la radiographie. Il peut cependant boire de l'eau.

Les radiographies sont faites le lendemain. On sait que la vésicule commence à être visible vers la dixième heure de l'ingestion et que son maximum de visibilité se place vers la quinzième heure.

Si la vésicule est visible, il est bon de faire boire au malade un verre de lait contenant deux jaunes d'œuf, de façon à s'assurer du vidage de la vésicule. Plus simplement, on peut recevoir le malade dans l'après-midi, après un repas normal.

Cette deuxième série de radiographies permet parfois de mettre en évidence de très petits calculs qui restent invisibles quand la vésicule est pleine de tétraïode, mais qui deviennent apparents quand la quantité de l'agent contraste a diminué du fait du vidage.

Si maintenant nous dressions un plan d'ensemble de l'histoire de nos trois malades, et parcourions les différentes étapes du diagnostic, nous dirions rétrospectivement, qu'il a été fait sur les signes suivants :

- 1^o un syndrome d'insuffisance pluri-glandulaire et des signes de déséquilibre neuro-végétatif associés ou non ;
 - 2^o la négativité des signes vésiculaires, l'absence de coliques hépatiques dans l'anamnèse, des signes de dyspepsie gastrique légère sans caractère précis ;
 - 3^o la cholécystographie systématique.
-

Déductions diagnostiques et thérapeutiques.

De l'analyse de ces faits, il nous semble que l'on puisse tirer quelques déductions pratiques d'ordre diagnostique et thérapeutique.

Chez des malades jeunes présentant des signes de dysfonctionnement endocrinien ou neuro-végétatif, accompagnés de troubles dyspeptiques, sans antécédents de coliques hépatiques, il sera intéressant de rechercher par une cholécystographie l'existence d'une lithiasé vésiculaire, même si l'examen clinique est négatif; car chez nos malades c'est seulement la cholécystographie, pratiquée selon les règles que nous venons de rappeler, qui a pu permettre de déceler la lithiasé.

Comment classer ces faits ? Il nous paraît intéressant et logique de les rapprocher de phénomènes connus déjà depuis longtemps, phénomènes qui avaient déjà laissé entrevoir la possibilité d'une action endocrinienne dans l'évolution clinique de la lithiasé biliaire. Parmi ces faits sur lesquels nous n'insistons pas, nous citerons simplement : la lithiasé des femmes

jeunes castrées, les crises douloureuses vésiculaires déclenchées au moment des règles.

Nous avons des observations cliniques trop peu nombreuses pour pouvoir donner des indications thérapeutiques très concluantes.

Le traitement médical a été tenté chez nos trois malades et n'a donné de résultat satisfaisant que dans un cas (M. D., obs. III). C'est pourquoi, chez les autres malades, nous avons fait pratiquer une cholécystectomie qui nous a donné un cas de guérison. Chez le troisième malade, les suites éloignées ont été encore moins parfaites que dans les cas de lithiase vésiculaire banale. Nous avons noté en particulier la persistance des troubles nerveux, et cela pendant très longtemps.

Conclusions.

I. — Il existe des cas de lithiase vésiculaire chez les sujets jeunes, d'un diagnostic difficile.

II. — A côté des formes atypiques connues, forme gastrique et cardiaque, forme latente, nous avons observé 3 cas à symptomatologie inhabituelle et survenant tous trois chez des sujets jeunes.

III. — Ces malades se présentaient, d'une part, comme des endocriniens avec déséquilibre neuro-végétatif, d'autre part sans le moindre signe de souffrance vésiculaire.

IV. — Le diagnostic ne fut porté que grâce à des cholécystographies faites un peu au hasard et sans que rien en indiquât la nécessité.

V. — La cholécystectomie, pratiquée chez deux de ces trois malades, a donné une guérison dans un cas et une amélioration nette dans l'autre.

VI. — Les suites opératoires furent longues et pénibles. La cholécystectomie donne ici des résultats

moins parfaits que dans les formes ordinaires de lithiase vésiculaire.

VII. — Ces faits doivent inciter à étudier avec plus de soin encore les malades jeunes présentant des troubles endocrino-végétatifs, sans substratum anatomique apparent.

Vu : le Président de la thèse,
N. FIESSINGER.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	11
Observations.....	15
Etude clinique.....	35
Déductions diagnostiques et thérapeutiques.....	41
Conclusions.....	43



862. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-34.



